ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES

SUR LE

FURONCLE DE L'OREILLE

PAR

Le Docteur LŒWENBERG

EXTRAIT
De l'Union médicale (3e série), année 1888.

PARIS
IMPRIMERIE ALCAN-LÉVY
24, rue Chauchat, 24
—
1888

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES

SUR LE

FURONCLE DE L'OREILLE

PAR

Le Docteur LŒWENBERG

EXTRAIT
De l'Union médicale (3e série), année 1888.

PARIS
IMPRIMERIE ALCAN-LÉVY
24, rue Chauchat, 24

—

1888

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES

SUR LE FURONCLE DE L'OREILLE

Par le docteur LŒWENBERG (1).



Dans différents travaux publiés en 1880 et en 1881 (2), j'ai utilisé pour la pathogénie et la thérapeutique du furoncle la découverte de sa nature parasitaire que venait de faire M. Pasteur, et que mes recherches avaient confirmée quant aux clous de l'oreille externe.

Les résultats de mes investigations et de mes réflexions exposées dans ces mémoires peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Le furoncle est causé par une infection microbienne provenant des milieux extérieurs; l'invasion a lieu par les conduits excréteurs des follicules cutanés.

2° L'apparition successive de furoncles chez le même individu, — fait d'observation journalière, — provient de l'auto-contagion qui s'opère par le transport des coccus au niveau de la surface cutanée.

3° Le même processus peut propager l'affection d'une personne à une autre ou à plusieurs autres; le furoncle est donc contagieux.

4° L'invasion des microbes dans le torrent sanguin, accident rare, amène des complications internes (abcès métastatiques) dans certains cas d'anthrax et même de furoncles, et se termine souvent par la mort.

(1) D'après une communication faite au neuvième Congrès médical international. (Washington, 1887).

(2) B. Lœwenberg : *Recherches sur la présence de micrococcus dans l'oreille malade ; Considérations sur le rôle des microbes dans le furoncle auriculaire et la furonculose générale.* Note présentée par M. Marey, au nom de l'auteur, à l'Académie des sciences (*Comptes rendus*, 1880, p. 555 et 556).

Du même auteur : *Le furoncle de l'oreille et la furonculose* (*Progrès médical*, 1881). Paru en brochure, Paris, 1881, 46 pages. Les citations faites dans le présent travail se rapportent à ce tirage en brochure.

Plusieurs années après ces publications, les recherches intéressantes de M. Garré (de Bâle) ont prouvé d'une façon expérimentale la justesse absolue de mes assertions, sans que, cependant, celles-ci aient été mentionnées ni par cet auteur ni par beaucoup d'autres confrères étrangers. Par contre, elles ont été reproduites et appuyées dans toutes les publications françaises traitant ce sujet qui ont paru depuis 1881, par exemple, l'ouvrage de MM. Cornil et Babès (1), l'intéressant travail de M. Gingeot (2), le savant traité de M. Hallopeau (3), etc., etc.

Basé sur mes recherches concernant la nature microbienne du furoncle, j'ai rejeté complètement le traitement émollient de cette affection, traitement classique jusqu'alors. Il me semblait, en effet, que cette méthode thérapeutique était absolument contraire au but à poursuivre en ce que son emploi ne pouvait que favoriser la pullulation des coccus, et, par conséquent, l'accroissement d'un furoncle et sa multiplication par auto-contagion. Toujours dans le même ordre d'idées, je proposais déjà en 1881 de la remplacer par une autre méthode de traitement de nature antiseptique ou antibactérique, destinée, non seulement à faire avorter l'affection à son début, mais aussi à en prévenir le retour.

Les lignes suivantes contiendront l'exposé de cette méthode, des modifications que j'y ai apportées, et des résultats excellents qu'elle n'a cessé de me donner depuis huit ans.

Après avoir essayé différents antiseptiques, je me suis borné, de plus en plus, à appliquer aux furoncles et spécialement à ceux de l'oreille, la méthode curative que j'avais imaginée bien antérieurement pour le traitement de l'otorrhée (4), méthode pratiquée par moi depuis des années avec le meilleur succès contre cette affection et adoptée par nombre de confrères. *C'est l'usage de solutions alcooliques d'acide borique.* Les deux substances ainsi combinées exercent une action antiseptique puissante, et sont, de plus, d'un emploi absolument inoffensif. J'ai déjà insisté sur le premier de ces deux points dans des travaux antérieurs (5) auxquels je suis obligé de renvoyer en ce moment. Quant au second point, les deux corps en

(1) Cornil et Babès : *Les bactéries*, etc., deuxième édition, 1886, p. 294, 295, etc.

(2) Gingeot : *Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1885).

(3) Hallopeau : *Traité élémentaire de pathologie générale*, 1884, p. 197.

(4) B. Lœwenberg : *Recherches sur la présence et le rôle des cocco-bactériens dans l'otorrhée et sur les indications thérapeutiques à déduire de leur présence* (*Archives of Otology*, vol. X, et *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, vol. X, 1881).

(5) B. Lœwenberg : *Loc. cit.*, et dans le travail intitulé : *De la nature et du traitement de l'ozène* (*Union médicale*, 1884).

question n'exercent sur la surface cutanée aucune action irritante et nous pouvons et devons d'emblée employer contre les furoncles la solution alcoolique saturée d'acide borique *non étendue d'eau* pour ne pas l'affaiblir.

J'avais déjà formulé la même recommandation pour le *traitement de l'otorrhée*, et je saisis l'occasion d'insister de nouveau sur ce point, ayant appris, par différentes publications, que des confrères qui ont adopté ma méthode de combattre l'écoulement purulent de l'oreille, se servent de solutions plus ou moins étendues d'eau. Si cette manière de faire peut être admise à la rigueur lorsqu'il s'agit d'une otorrhée avec très grande perforation du tympan, ce ne saurait être qu'au début du traitement, et encore faut-il renforcer la solution de plus en plus à chaque instillation nouvelle pour passer le plus rapidement possible à l'emploi du médicament pur. (J'emploie, dans cette affection exclusivement la solution *sursaturée* d'acide borique dans l'alcool dont j'ai le premier proposé l'usage) (1). Par contre, le remède peut et doit être appliqué d'emblée sans mélange contre les furoncles, même ceux de l'oreille. Cela va de soi pour la surface cutanée en général qui n'est, bien entendu, nullement sensible à l'alcool ni à l'acide borique, mais cela se comprend aisément pour le furoncle auriculaire aussi si l'on considère que dans cette affection nous n'avons plus affaire, comme dans l'otorrhée (qui implique toujours la perforation de la membrane du tympan), à la muqueuse de la caisse, si sensible chez certaines personnes, mais à des parois revêtues d'*épiderme*. Celui-ci recouvre, en effet, non seulement l'intérieur du conduit auditif, mais aussi la face externe de la membrane du tympan, et, si je rappelle ce détail anatomique, c'est parce qu'on parle quelquefois d'une *muqueuse* tapissant ces parties.

Il s'agit, dans les cas de furoncles, d'agir vite et énergiquement, ce que, évidemment, des solutions fortes peuvent seules effectuer, et de frayer au liquide médicamenteux l'accès des canalicules folliculaires, le principe de ma méthode de traitement étant de faire suivre au remède le même chemin que les microbes pathogènes ont suivi, à savoir le conduit folliculaire même.

Ce dernier résultat ne saurait être obtenu en temps utile qu'avec des liquides fortement alcooliques, ainsi qu'il ressort des considérations suivantes : les conduits dans lesquels nous voulons faire pénétrer le médicament anti-furonculeux sont extrêmement fins et possèdent des *parois enduites de graisse. Or, nous savons que dans des tubes capillaires à parois*

(1) Voir *Recherches sur la présence et le rôle des cocco-bactériens*, etc.

grasses le niveau d'un liquide aqueux baisse, tandis que celui d'un liquide alcoolique monte, en vertu de l'affinité chimique de l'alcool avec les corps gras. En d'autres termes, celui-ci avance dans un tube capillaire à parois grasses, tandis que le liquide aqueux y recule.

Il est donc de toute évidence que les substances antiseptiques susceptibles d'être employées utilement en pareil cas pourront surtout pénétrer au *sedes morbi* lorsqu'on les emploie en solution fortement alcoolique. Il est à présumer, d'ailleurs, que ce processus s'accompagne de la dissolution successive, par l'alcool, du contenu graisseux même des follicules pilo-sébacés.

En vertu de sa constitution chimique, le liquide antibactérique que j'emploie est donc apte à pénétrer jusqu'aux coccus et à les attaquer énergiquement. Je pense que la présence de l'alcool dans certains autres remèdes recommandés également contre les furoncles, joue un rôle des plus importants quant à leur efficacité, autant par l'action antiseptique de l'alcool même que par sa propriété de pouvoir dissoudre les corps gras, propriété que je considère (comme on l'a vu il y a un instant) comme capitale quand il s'agit de frayer le chemin du follicule. Ceci s'applique par exemple à la teinture d'iode préconisée par M. Gingeot (*loc. cit.*), à l'alcool camphré, etc. (1). J'ai expérimenté moi-même des solutions alcooliques d'autres substances antiseptiques que de l'acide borique, et j'ai obtenu des succès avec le sublimé et l'acide phénique, par exemple. Je préfère cependant l'acide borique dans le traitement des furoncles de l'oreille parce que ce corps a sur ceux que je viens de nommer l'avantage de n'être point irritant, chose importante, étant donnée l'irritabilité exquise de la peau du conduit auditif (1).

Pour le même motif, je préfère les bains auriculaires avec une solution alcoolique d'acide borique aux *pulvérisations phéniquées* recommandées récemment par M. Verneuil (2). Ce mode de traitement constitue certainement un progrès important pour les gros furoncles du corps en géné-

(1) Des *solutions aqueuses* ne pourraient, à mon sens, pénétrer dans ces canalicules à parois grasses à moins d'être fortement alcalines et, par là, aptes à dissoudre la graisse peu à peu, en la saponifiant, mais, outre que ce serait bien long, des liquides *alcalins* seraient, certes, les moins propres à attaquer les bactéries!

(2) M. Verneuil, dans l'importante communication faite à l'Académie de médecine (séance du 17 janvier 1887), s'exprime ainsi : « Jusqu'à nouvel ordre, et tout en reconnaissant que l'acide borique en particulier est un médicament fort recommandable dans le traitement du furoncle et surtout celui du conduit auditif, je crois que l'acide phénique employé en pulvérisation est encore supérieur, car je l'ai vu réussir jusqu'ici dans tous les cas où je l'ai mis aussi en usage. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 67 et 68). Et il ajoute en note : « On consultera avec fruit les intéressants travaux de M. le docteur Loewenberg. » (P. 68).

ral, et surtout pour les anthrax; mais il me paraît peu apte pour l'oreille : outre l'action irritante de l'acide phénique sur la peau de cet organe, il y aurait encore un autre inconvénient : le jet du liquide pulvérisé ne pénétrerait guère jusqu'à un clou situé tant soit peu profondément, à cause de la forme tubulaire et coudée du conduit auditif, qui constitue un long boyau, terminé en cul-de-sac, et favorise, au contraire, l'emploi des bains auriculaires comme nous allons le voir immédiatement.

Tandis que l'application *prolongée* d'un liquide antiseptique, que je crois nécessaire pour faire avorter un furoncle, présente de grandes difficultés sur la surface du corps en général, on l'obtient au contraire aisément dans le conduit auditif sous forme de *bains d'oreille*. On s'y prend de la façon suivante :

L'alcool boriqué que j'emploie en solution saturée ou sursaturée est versé dans l'oreille au moyen d'un tube à essai, instrument à l'aide duquel je fais généralement instiller les liquides médicamenteux dans le conduit auditif. Comme l'alcool, seul entre tous les liquides, est supporté à froid par l'oreille, on n'a pas besoin de le chauffer préalablement; au cas où l'on voudrait le faire, on plongerait le tube qui le contient, dans l'eau chaude, ou bien on le tiendrait dans la main pendant quelque temps.

Pendant le bain d'oreille, le malade incline la tête tout à fait horizontalement vers le côté sain. De cette façon, l'axe longitudinal du conduit auditif, sa courbure à part, se place verticalement, et ce canal représente alors un tube fermé en bas par la membrane du tympan. Tant que cette position est gardée, le médicament est facilement conservé.

La stricte observation de cette attitude est d'autant plus importante que, seule, elle permet de tenir le conduit rempli jusqu'au bord, et de baigner ainsi des clous siégeant vers sa partie externe ou même dans le pavillon de l'oreille.

Les *instillations dans l'oreille ou bains auriculaires* constituent un mode thérapeutique des plus usités en otologie pour les affections du conduit auditif et, en cas de perforation du tympan, aussi pour celles de la caisse. On les emploie aussi pour électriser l'organe de l'ouïe, d'après un des meilleurs procédés. Pour toutes ces raisons, je tiens à faire ressortir un point important concernant l'exécution de cette manœuvre, point que les auteurs ne mentionnent point. Le public trouve difficile, voire même impossible, d'instiller des liquides dans le conduit auditif de sorte que non seulement ils le remplissent en entier, mais y restent encore le temps voulu sans se répandre au dehors, et nombre de confrères m'ont dit avoir éprouvé les mêmes difficultés. Quant au premier point, on n'a qu'à *diriger le jet de liquide vers la conque de l'oreille et à le faire couler lentement dans le méat.* Que si on le

dirige sur l'ouverture de ce canal, on y emprisonnera facilement des bulles d'air qui l'empêcheront de s'emplir complètement. Souvent, il est vrai, il suffit alors de tirailler le pavillon de l'oreille pour les faire partir, mais ce moyen échoue quelquefois.

Mais cela est de moindre importance que la difficulté qu'on paraît éprouver lorsqu'il s'agit de *conserver* le liquide pendant un certain temps dans le conduit auditif sans qu'il déborde et que ce canal se vide partiellement. Or, ce but aussi est aisément atteint pour peu qu'on ait soin de verser le remède doucement et de manière qu'il ne dépasse pas les bords de la conque; sans cela le méat se viderait en effet en partie. (Il me semble que dans ce cas le trop-plein qui déborde agit à la façon du liquide qui circule dans la grande *branche d'un siphon*). *Il faut donc, en instillant un liquide, le diriger vers la conque, et éviter, en outre, que son niveau ne dépasse les faces externes* (*supérieures dans cette position inclinée*) *du tragus et de l'antitragus.*

Lorsque l'installation est faite pour des furoncles du conduit auditif, le malade doit garder la position inclinée au moins pendant dix minutes pour assurer un contact prolongé du liquide médicamenteux avec l'endroit malade. L'application sera répétée jusqu'à ce que le furoncle avorte. On reconnaît ce résultat à ce que les phénomènes inflammatoires cessent de progresser comme ils le font, au contraire, rapidement lorsque la maladie suit son cours, et à ce que les douleurs spontanées de même que la sensibilité caractéristique au contact aient disparu. Aussitôt ces deux effets obtenus, la cause est gagnée, le furoncle avorte.

Pour ce qui est du *traitement des furoncles siégeant autre part qu'à l'oreille,* l'application *prolongée* du liquide antiseptique offre plus de difficultés. Je procède alors de la façon suivante : une petite quantité de la solution alcoolique d'acide borique est versée dans un *tube à essai.* Après avoir appliqué le sommet du furoncle étroitement contre l'ouverture du tube, on retourne la partie malade de façon à ce que celui-ci se trouve renversé, et que son fond regarde en haut. Le clou se trouvera ainsi sûrement baigné par le liquide. Cette manœuvre se pratique facilement avec des parties très mobiles, comme les extrémités par exemple, mais elle est d'une exécution difficile, impossible même dans certaines autres régions. Dans ces conditions, je fais saupoudrer les clous avec de l'acide borique finement pulvérisé, recouvert de coton absorbant qu'on arrose de temps en temps avec de l'alcool absolu. Dans les endroits enfin où tout cela est impossible, comme par exemple à l'*entrée des narines,* siège de clous assez fréquent (v. *loc. cit.*, p. 13), je pratique des badigeonnages répétés avec la solution

alcoolique d'acide borique, et j'ai bien souvent obtenu l'avortement des furoncles nasaux par ce procédé.

Tant que le furoncle, auriculaire ou autre, est encore *fermé*, il suffit d'employer la *solution saturée* d'acide borique dans l'alcool le plus fort possible, mais aussitôt qu'il est *ouvert*, spontanément ou artificiellement, j'emploie une *solution sursaturée*. Je prescris par exemple :

R. Acide borique en poudre impalpable.......	20 grammes.
Alcool absolu	100 —

Le mélange doit être agité avant chaque application.

J'insiste sur l'importance de cet excédent d'acide qui se dépose en poudre fine pour se dissoudre dans le pus à mesure qu'il est sécrété, et pour développer ainsi une action antiseptique *continue*. (J'ai déjà fait ressortir ce point lorsque j'ai proposé le même mélange contre l'otorrhée) (1).

L'*incision du furoncle* facilite ce traitement abortif, surtout, ce me semble, lorsqu'elle atteint précisément le conduit folliculaire. Pourtant, l'emploi de ce moyen, que je recommande pour les clous en général, est beaucoup plus sujet à caution quant à ceux de l'oreille en particulier. La conformation de cet organe rend d'abord souvent l'incision extrêmement difficile. Pour peu que le furoncle siège dans les parties profondes du conduit auditif, il devient souvent impossible de diriger le bistouri juste sur le centre du mal à cause du gonflement diffus qui le cache et de la nécessité d'opérer dans un tube étroit, vu en raccourci et d'un œil seulement. D'autre part, même lorsqu'on intervient au début du furoncle auriculaire, et que l'enflure n'est encore que peu prononcée, l'incision n'en est pas moins déjà extrêmement douloureuse, et le débridement qu'elle est destinée à effectuer n'amène souvent aucun soulagement ou ne produit qu'une détente passagère.

Comme, dans le stade initial, le pus commence seulement à se former, l'incision n'est pas suivie non plus, à cette époque, d'un écoulement appréciable de matières, ce dont il est bon de prévenir le malade ou son entourage avant l'opération. Mais il faut même quelquefois y revenir à deux fois, ne fût-ce que pour séparer de nouveau les lèvres de la plaie opératoire simplement agglutinées, à moins que l'introduction d'un stylet manœuvre également très douloureuse, ne suffise pour les écarter l'une de l'autre.

Il ne faudra donc recourir à l'incision des furoncles auriculaires que lorsqu'ils siègent dans le pavillon ou peu avant dans le conduit, ou bien

(1) B. Lœwenberg : *Recherches sur la présence et le rôle des cocco-bactériens dans l'otorrhée*, etc. Ed. Anglaise, p. 357, 1881.

lorsqu'on a affaire à un clou situé plus profondément, seulement si son centre est nettement visible et facile à atteindre. L'opération remplit alors le but de mettre à nu le foyer du mal, le « bouillon de culture des staphylocoques » dont la stérilisation par les antiseptiques pourra faire avorter le mal. Elle peut de plus soulager le malade dans les cas où le furoncle encore fermé est distendu par le pus accumulé dont la pression se fait douloureusement sentir. En dehors de ces conditions, rejetons l'incision de clous auriculaires, car les tourments qu'elle infligerait alors inutilement aux malades déjà exténués par la souffrance, ébranleraient facilement leur confiance, comme je l'ai constaté maintes fois lors d'incisions pratiquées antérieurement à mon intervention.

Selon mes observations, l'incision peut souvent être remplacée par un autre procédé exempt de douleurs, à savoir par une *simple éraflure de l'épiderme*, mais les conditions qui rendent ce mode d'intervention souvent possible et efficace sur la surface du corps en général, se trouvent bien plus rarement réalisées dans l'oreille, à moins que le clou auriculaire ne siège dans le pavillon ou bien peu avant dans le conduit auditif.

Voici en quoi consiste ce procédé : on est souvent consulté à une période du furoncle où l'on distingue déjà autour de l'ouverture du follicule atteint une *aréole jaunâtre* indiquant que le pus commence à se former. A cette époque du mal, j'érafle simplement cette zone avec une aiguille préalablement flambée, ou je la perce avec un galvano-cautère fin porté pendant un instant à l'incandescence. Comme ces manœuvres n'entament que l'épiderme qui seul recouvre la couche purulente, la petite opération ne détermine aucune douleur et on évite les souffrances toujours considérables d'une véritable incision. En appliquant ensuite la solution d'acide borique dans l'alcool, au moyen d'un tube à essai renversé par exemple (voir plus haut), j'ai maintes fois réussi à arrêter des clous déjà arrivés à la période où le pus commençait à se former, entre autres aux doigts, au dos de la main, et même au nez.

Dans d'autres cas dans lesquels l'écoulement du pus avait déjà commencé, et où une légère croûte recouvrait l'entrée du follicule, j'ai quelquefois fait avorter le furoncle en enlevant cette croûte et en appliquant ensuite la solution antiseptique. J'ai obtenu ce résultat plusieurs fois même avec des clous du conduit auditif.

Dans les cas où le point culminant du furoncle montre clairement l'entrée du follicule malade béante, on pourra essayer d'y injecter directement la solution à l'aide d'une seringue de Pravaz à canule extrêmement fine. On pourra également enfoncer rapidement un galvano-cautère fin et incandescent dans le conduit excréteur pour tuer les microbes présents par le

moyen le plus sûr, la chaleur. Je rappellerai, à cette occasion, qu'il y a longtemps déjà j'ai essayé d'expliquer l'innocuité des opérations galvano-caustiques par l'effet antiseptique de la température du platine porté au rouge, température incomparablement supérieure à celle qui est nécessaire pour tuer les microbes.

Ces remarques ont été faites par moi à l'occasion du traitement galvano-caustique du coryza chronique (1).

Le furoncle de l'oreille s'accompagne de *douleurs* quelquefois horribles, et on doit essayer, au cas où le traitement abortif échoue, ou bien, quand on a été consulté trop tard pour le mettre en pratique, d'atténuer au moins les souffrances des malheureux malades. Or, j'ai observé que les bains auriculaires avec des solutions de sels de *cocaïne* réussissent, dans un certain nombre de cas, à amener un remarquable soulagement, sous condition d'être prolongés longtemps et faits avec des solutions concentrées (5-10 p. 100). Il est assez difficile de comprendre comment la cocaïne peut agir à travers l'épiderme du furoncle encore fermé, à moins d'admettre, comme je le faisais plus haut pour les solutions alcooliques d'acide borique, qu'elle pénètre par les canalicules folliculaires, ce qui pourrait bien être le cas, attendu que j'emploie généralement le chlorhydrate de cocaïne dissous dans l'*alcool* pour agir en même temps d'une manière parasiticide. Mais je n'émets qu'avec hésitation cette hypothèse sur la manière d'agir et sur la voie d'entrée de la cocaïne, car j'ai obtenu l'effet sédatif quelquefois aussi avec des solutions aqueuses de ce corps dont la pénétration par le canal folliculaire, d'après les considérations formulées plus haut, me paraîtrait plus difficile à concevoir.

DU DIAGNOSTIC DU FURONCLE AURICULAIRE.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic des clous du pavillon de l'oreille et de l'entrée du conduit auditif ; ils ressemblent à ceux des autres régions, et la simple inspection suffit pour en faire reconnaître la nature. Mais il n'en est pas de même de ceux qui occupent les parties profondes de ce canal. Le spécialiste lui-même pourra être un moment embarrassé, car les furoncles ne revêtent pas ici la couleur rouge ni la forme nettement acuminée si caractéristiques pour ceux des autres régions, et ne forment souvent qu'une enflure pâle et mal délimitée. Dans ces circonstances, j'établis le diagnostic en me basant sur les deux points suivants qu'on chercherait en vain dans les traités d'otologie :

(1) B. Lœwenberg : *Contribution au traitement du coryza chronique simple* (*Union médicale*, 28 juillet 1881).

Dans le furoncle du conduit auditif, il y a une discordance frappante entre l'apparence insignifiante du petit gonflement et la sensibilité exquise et tout à fait disproportionnée du mal. Ceci se rapporte autant aux douleurs spontanées qu'il cause qu'à celles que tout contact, celui d'un stylet par exemple, y provoque. D'autre part, à mon sens, les inflammations circonscrites de l'oreille externe, d'origine non traumatique, sont, pour ainsi dire, toujours de nature furonculeuse.

Ainsi donc, une fois la localisation du mal dans le conduit auditif reconnue, il n'est plus difficile d'en déterminer la nature, mais *les difficultés surgissant à ce sujet* in praxi *proviennent justement de l'incertitude sur le siège de l'inflammation.* Or, les traités d'otologie les meilleurs ne mentionnent pas ce point qui est d'une importance capitale cependant pour la pratique générale.

Je crois donc utile de résumer ici les résultats d'une expérience de vingt-cinq ans. Les faits se présentent, en réalité, de la manière suivante : Le public confond le furoncle auriculaire et l'otite moyenne aiguë (qui se termine pour ainsi toujours par la rupture de la membrane du tympan et par l'écoulement purulent consécutif), sous le nom d'*abcès à l'oreille.* Le praticien même auquel on ne peut pas demander d'être familiarisé avec l'exploration de l'oreille, se trouve presque constamment dans le plus grand embarras, ainsi que je l'ai constaté maintes et maintes fois, lorsqu'il doit décider à laquelle des deux affections on a affaire. Et pourtant la distinction est d'autant plus importante à établir que le traitement à instituer est non seulement d'une nature absolument différente dans les deux cas, mais qu'il doit porter, en outre, dans l'un exclusivement sur le conduit auditif et dans l'autre sur la caisse en empruntant surtout la voie de la trompe d'Eustache, les insufflations d'air par ce canal jouant un rôle prépondérant dans le traitement de l'otite. De plus, le pronostic, presque toujours excellent dans le furoncle, est beaucoup plus réservé dans l'otite moyenne, tant en raison des désordres locaux qui peuvent rester permanents et troubler gravement l'audition, que des complications graves, mortelles même, que peut entraîner l'otite moyenne purulente. (Voir à ce sujet mon mémoire intitulé : *Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation* (*Union médicale,* 1885).

Voici comment j'établis le *diagnostic différentiel entre le furoncle du conduit auditif et l'otite moyenne aiguë,* diagnostic dont les considérations précédentes ont établi l'importance pour la pratique :

Les antécédents ordinaires de l'otite moyenne aiguë sont : le rhume, la pharyngite aiguë et certaines maladies générales comme la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc.; — ceux d'un furoncle auriculaire : néant, ou des furoncles antérieurs dans l'oreille ou autre part. (Je puis assurer que

deux inflammations frappant coup sur coup la même oreille sont toujours de nature furonculeuse.) Parmi les symptômes, il y a d'abord l'enflure dans le conduit en cas de furoncle, enflure extrêmement apparente pour peu que le clou siège superficiellement, et qui manque dans l'otite; surdité dans tous les cas de celle-ci, dans les furoncles seulement lorsque l'enflure ferme le conduit en entier. Une fois l'écoulement purulent établi, les douleurs de l'otite cessent généralement comme par enchantement, la perforation du tympan permettant une détente complète des tissus distendus et comprimés jusque-là par le liquide accumulé : il n'en est pas ainsi, d'après mes observations (voir plus haut), pour les clous. Dans l'otite l'écoulement est des plus abondants dès l'abord, au point de traverser quelquefois des oreillers ! Dans le furoncle il est, au contraire, insignifiant au début.

Je puis ajouter encore que les clous d'oreille me paraissent beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte.

COMPLICATIONS DU FURONCLE AURICULAIRE.

La valeur du traitement abortif est plus considérable encore qu'il ne semblerait d'après ce que nous avons vu jusqu'ici; car, outre les souffrances dont s'accompagne le furoncle de l'oreille et les répétitions auxquelles un premier clou auriculaire donne lieu généralement, cette affection peut encore entraîner certaines conséquences et complications. Ce point est si peu connu que beaucoup de traités d'otologie même l'omettent, et je saisis l'occasion de le mettre en lumière, d'autant plus volontiers qu'il ne manque pas d'une certaine importance, même pour le praticien. Voici les faits :

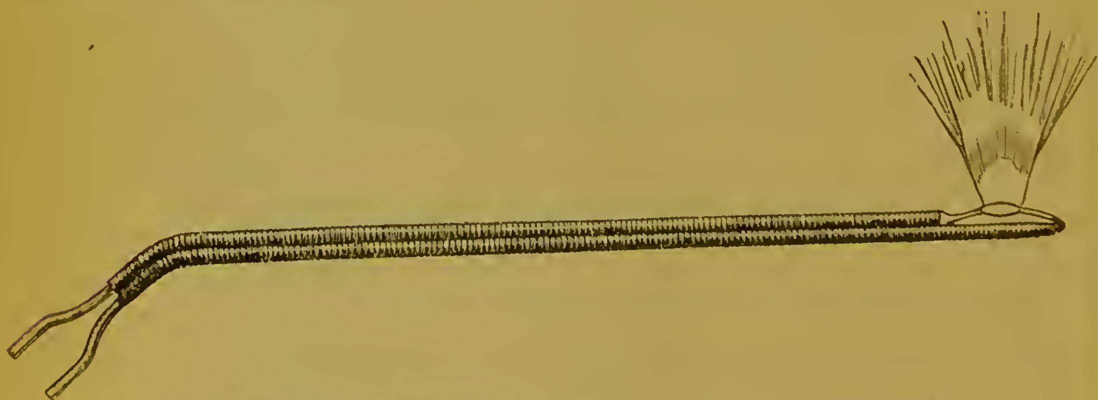
On observe quelquefois, peu de jours après l'ouverture d'un furoncle auriculaire, l'apparition presque soudaine d'une *végétation* surgissant du cratère, végétation qui entretient une suppuration prolongée, et qui peut aller jusqu'à *former un véritable polype auriculaire*. Ces longues suppurations consécutives aux furoncles de l'oreille s'observent cependant quelquefois même sans qu'il y ait éclosion de végétations. Ainsi, depuis le mois de septembre 1887 jusqu'à ce jour (mai 1888), j'ai traité une quantité surprenante de personnes atteintes de clous auriculaires (1), et parmi ces malades, un nombre inusité, d'après mon expérience, présentaient des suppurations prolongées et des végétations. Quelques unes de celles-ci résistèrent opiniâtrement à l'alcool boriqué et aux cautérisations au nitrate d'argent, et ne cédèrent que difficilement même au galvano-cautère. Un

(1) Depuis le mois d'avril, il y a encore eu recrudescence dans le nombre des clous d'oreille observés dans ma clientèle; il y a donc eu ici apparition épidémique de furoncles auriculaires en automne et au printemps, comme cela s'observe pour les furoncles en général (mai 1888).

malade, enfin, refusa l'emploi de ce puissant agent, et j'ignore comment le cas s'est terminé; tous les autres ont guéri, mais non sans peine.

Parmi les cas que j'ai observés antérieurement à l'époque précitée, je me rappelle surtout celui d'un jeune homme assez robuste qui me fut adressé de Calais en 1885, portant à l'entrée du conduit auditif droit un furoncle déjà ouvert depuis quelque temps. L'ouverture du cratère était remplie d'un *polype* assez plat et fort résistant au toucher. La peau du méat, infiltrée de pus, se trouvait décollée en deux endroits, de façon à former deux véritables clapiers. Suppuration extrêmement abondante. Ce ne fut qu'au bout d'un traitement laborieux et pénible, consistant en lavages antiseptiques, incisions, cautérisations avec mon galvano-cautère à action latérale (1) et instillation d'alcool boriqué sursaturé, que je parvins, après plusieurs mois de traitement (!), à restituer l'oreille à l'état normal.

(1) Il y a sept ans (*Union médicale*, 18 juillet 1881), j'ai fait connaître des galvano-cautères construits sur un principe nouveau, celui de l'*action latérale*. Je les avais imaginés pour les fosses nasales et les amygdales dans le but de localiser l'action sur les parties à brûler et d'épargner les autres (par exemple la cloison nasale). Ces instruments me semblent absolument indispensables, surtout pour les amygdales; car un cautère brûlant au bout, comme le faisaient tous les autres connus jusqu'alors, peut entamer le fond du pharynx buccal, les piliers et la luette, par suite des contractions de ces parties si éminemment aptes à entrer en contractions réflexes, et des mouvements des malades. Ces inconvénients se présentent surtout chez les enfants qui fournissent le plus grand contingent d'amygdales hypertrophiées à traiter. Ces cautères ont été beaucoup imités, surtout à l'étranger, sans qu'on ait cité le nom de leur inventeur. J'ai, depuis lors, modifié ces instruments en plaçant le coude destiné à empêcher que la main ne cache le champ visuel, de façon que la plaque se trouve non plus sur le plat du cautère, mais sur son tranchant (V. la figure ci-contre); de cette manière on n'a plus, comme autrefois, besoin de deux cautères différents, l'un pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche, mais on n'a qu'à tourner la plaque de chaque côté pour pouvoir brûler latéralement. Ainsi un seul de ces instruments, que j'appelle *galvano-cautères naso-pharyngiens universels*, suffit pour toutes les cautérisations à faire dans les fosses nasales, sur les amygdales et sur la luette.



Galvano-cautère naso-pharyngien universel du docteur Lœwenberg.

Le furoncle de l'oreille est donc, d'après tout ce qui précède, loin de constituer une « quantité négligeable », car, en dehors des douleurs atroces qu'il provoque souvent et des répétitions auxquelles il donne lieu habituellement dans l'oreille même ou autre part, il peut amener des désordres sérieux dans l'organe de l'ouïe. En outre, tout furoncle peut amener l'éclosion d'un anthrax ou d'un clou placé dans certaines régions (par exemple à la lèvre supérieure) qui facilitent l'irruption des coccus dans la voie sanguine, et peuvent provoquer une terminaison fatale. Le premier j'ai interprété ainsi les cas mortels de furoncles. (V. à ce sujet le chapitre intitulé : « La forme grave du furoncle » (*loc. cit.,* page 17).

Pour toutes ces raisons, il faudra soigner chaque clou auriculaire aussitôt qu'on en aura reconnu la nature, l'attaquer selon les principes établis dans ce travail, et le faire avorter rapidement, si cela se peut. Mais, outre cela, il faut continuer le traitement jusqu'à ce que l'affection locale soit entièrement guérie, et que toute suppuration ait disparu. Il est, en effet, possible que, même après la terminaison rapide du furoncle, des coccus restants donnent lieu à l'auto-contagion, et, pour la prévenir, je fais continuer les instillations de la solution saturée au moins huit jours après la disparition de tout phénomène pathologique.

Il va sans dire que là où la santé du malade l'exige, on doit se préoccuper également des *soins à donner à l'état général,* sans préjudice du traitement antiseptique qu'il faut appliquer à chaque furoncle pour ne pas laisser subsister de source d'auto-infection. L'état général peut nécessiter des soins, soit parce qu'il se trouve affecté par des furoncles multiples ou démesurément développés, soit, au contraire, parce qu'un état diathésique favorise l'éclosion des clous, comme cela a lieu dans le diabète, le bromisme et certaines cachexies. Je ne puis donner ici des préceptes pour le traitement de ces états pathologiques qui sont du domaine de la pratique générale; je rappellerai seulement que j'ai déjà recommandé en 1881 des lavages du corps entier avec une solution aqueuse d'acide borique ou des bains avec la même substance (*loc. cit.*, p. 43 et 44), en dehors des soins que l'état général pourrait nécessiter.

AMAS CÉRUMINEUX ET FURONCLES AURICULAIRES.

Je voudrais faire ressortir un fait assez important pour la pratique journalière que les traités d'otologie négligent, de même que quelques autres faits, sur lesquels j'ai déjà insisté dans le cours de ce travail. Voici de quoi il s'agit : L'extraction d'un bouchon de cérumen par le seringage à l'eau tiède — le seul procédé rationnel — amène généralement un succès

frappant pour l'ouïe, mais il est suivi, de ci, de là, de l'éclosion d'un furoncle dans l'oreille avec son cortège habituel de douleurs intolérables et de récidives, voire même de polype, comme je l'ai observé, entre autres, dans un cas en 1883. Il va sans dire que ces conséquences, peu fréquentes il est vrai, constituent une surprise des plus désagréables pour le malade et pour le médecin.

Comment faut-il envisager la pathogénie de ces clous qui se montrent même chez des personnes n'en ayant jamais eu antérieurement? Nous sommes obligés d'admettre que des coccus déposés par l'air dans l'amas cérumineux, à mesure qu'il se forme, acquièrent, par le fait du seringage même, les conditions favorables à leur multiplication, soit parce que l'eau complète l'ensemble des éléments nécessaires pour leur pullulation, soit parce que le jet d'eau les projette dans des follicules. On pourrait peut-être objecter que le simple seringage en lui-même serait capable de provoquer une irritation locale, et que celle-ci revêtirait la forme d'un furoncle, mais cette supposition est réfutée par le fait que les clous ne suivent jamais les injections pratiquées pour d'autres causes, par exemple dans les innombrables cas d'otorrhée. En outre, j'ai observé que les furoncles se montrent quelquefois après l'extraction de bouchons n'ayant nécessité que quelques injections, et que, par contre, ils font souvent défaut là où on avait seringué souvent, longtemps et avec force.

En raison de la possibilité de voir un furoncle suivre l'extraction d'un bouchon de cérumen par le simple seringage, je pense qu'il faut, dans chaque cas de cette nature, refréner l'impatience du malade et du médecin, et traiter les masses accumulées d'abord pendant vingt-quatre à quarante-huit heures par des instillations antiseptiques. Cette pratique présente, de plus, le grand avantage de ramollir les amas et d'en rendre l'expulsion infiniment moins fatigante.

Je me sers généralement du mélange suivant :

R. Acide borique...........................	3 grammes 1/2.
Glycérine neutre........................ }	ââ 50 —
Eau distillée.............................. }	

Faire chauffer et instiller dans l'oreille au moyen d'un tube à essai; garder le liquide pendant quinze minutes, et répéter ces bains d'oreille matin et soir pendant un jour ou deux.

(Il est bon de prévenir le malade que ces instillations, en augmentant le volume du bouchon par imbibition, pourront le rendre temporairement plus sourd.)

Depuis l'année 1883, où j'ai été vivement impressionné par le cas men-

tionné plus haut, j'ai pris l'habitude de faire préparer ainsi l'extraction de tout bouchon cérumineux, et n'ai plus, depuis lors, vu apparaître de clous consécutivement à cette manipulation.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT.

Grâce à l'usage de l'alcool boriqué, j'ai réussi, dans la grande majorité des cas, à faire avorter les furoncles, auriculaires et autres, mais j'ai échoué çà et là. J'ignore encore la cause de cette diversité dans les résultats obtenus, et ne puis que supposer que, dans les cas terminés favorablement, c'est-à-dire arrêtés nets, le traitement avait été commencé alors que l'entrée des follicules atteints n'était pas encore trop obstruée pour laisser pénétrer le liquide actif en temps utile. Quoi qu'il en soit, il faut tenter cette cure abortive dans chaque cas, car le résultat favorable de ce traitement, d'ailleurs absolument inoffensif, est inappréciable, surtout dans le cas de furoncles de l'oreille, où il épargne aux malades des douleurs atroces durant des jours et des nuits. Même quand on ne réussit pas à couper l'affection, elle évolue souvent plus rapidement, grâce à ce traitement, et cause moins de souffrances qu'autrement.

Mais il est un *résultat capital* que cette méthode thérapeutique obtient toujours, et que je considère comme le fruit principal de mes études sur ce chapitre : c'est l'*arrêt de l'auto-contagion,* c'est-à-dire de l'apparition successive et souvent interminable de nouveaux furoncles que j'ai expliquée (*loc. cit.*, page 13 et suivantes) comme étant l'infection successive des follicules cutanés par les coccus répandus sur la peau avec le pus du furoncle. Or, ce fait, si commun sur toute la surface cutanée, est presque la règle dans l'oreille externe, surtout chez les femmes dont il empoisonne souvent l'existence pendant longtemps. En rompant la chaîne de l'auto-infection continue dans la région auriculaire, on obtient un résultat d'autant plus important que, si les premiers furoncles affectionnent l'entrée de l'oreille et sont relativement peu douloureux, les clous suivants siègent, au contraire, généralement plus profondément, comme je l'ai démontré en 1881 (*loc. cit.,* page 17), et sont infiniment plus pénibles.

Or, *j'ai réussi, dans tous les cas, à arrêter cette furonculose locale* par le traitement que je viens d'exposer. Je considère donc comme un devoir d'insister sur ce résultat.

On obtient des effets favorables également en traitant de la même façon des *malades du sexe féminin qui présentent des furoncles auriculaires plus ou moins régulièrement, soit avant, soit pendant chaque époque cataméniale*, chose assez commune et suffisamment connue. Déjà, en 1881, j'ai

essayé d'interpréter ce fait que la découverte de la nature parasitaire du furoncle paraissait rendre plus incompréhensible encore. Mes réflexions, qu'on pourra lire *in extenso, loc. cit.,* pages 29 et 30, se rapportaient aussi bien à la genèse d'un premier furoncle survenant dans ces cas, furoncle dont les microbes générateurs proviennent des milieux extérieurs, qu'à celle des clous postérieurs à ce premier et occasionnés, selon mes idées, par des coccus issus de celui-ci. Dans l'un et l'autre cas, ces micro-organismes étaient restés, selon moi, à l'état de *vie latente* sur la surface de la peau ou dans des follicules. « A l'état ordinaire, disais-je, en raison soit « d'une résistance victorieuse de l'organisme, soit d'une qualité spéciale de « la sécrétion cutanée, le développement de ces germes rencontre des dif- « ficultés insurmontables. Or, chez bon nombre de femmes, l'apparition « des règles est précédée ou accompagnée de troubles plus ou moins pro- « fonds, retentissant tantôt sur l'économie entière, tantôt sur tel ou tel « organe; il se pourrait donc que, par exemple, à cette époque, les condi- « tions de nutrition de la peau du conduit auditif ou la nature de ses sécré- « tions fussent changées au point de diminuer la résistance que l'organisme « oppose en d'autres temps au développement des spores, et de permettre « ainsi l'éclosion d'un ou de plusieurs furoncles, et ainsi de suite (1). »

Depuis la publication de ce travail, l'idée de la *latence des microbes,* séjournant, inertes et inoffensifs, dans l'organisme ou à sa surface, mais pouvant déterminer des désordres lorsque des troubles dans la santé générale ou dans certains organes affaiblissent la résistance que leur oppose l'organisme, cette idée, dis-je, a fait son chemin, et elle est, à l'heure actuelle, du domaine public. Je suis persuadé que les réflexions que je viens de citer en partie, publiées il y a sept ans — grand laps de temps dans une science aussi récente et se transformant aussi vite que la bactériologie — ont contribué à établir cet ordre d'idées. (Voy. aussi mes

(1) *Loc. cit.*, pages 29 et 30. Tout récemment, le docteur Bœrner a fait à la Société des médecins de Graz (Autriche) une communication dans laquelle il décrivait des altérations de la peau qui sont en relation avec la menstruation. Ce sont des gonflements accompagnés ou non de douleurs névralgiques. Dans quelques cas, il y avait tuméfaction de toute la peau du corps; dans d'autres, de certaines régions seulement. Chez une fille de 15 ans et 1/2, le nez gonflait durant une heure, matin et soir, pendant les huit jours qui précédaient les règles; ce gonflement disparaissait trois jours après l'apparition du sang.

Dans quelques-uns de ces cas, en même temps que la peau gonflait, elle devenait chaude et rouge.

Il n'est pas fait mention de troubles de la sécrétion dans l'extrait donné par la *Semaine médicale* (18 juillet 1888).

remarques faites dans ce sens au premier Congrès français de chirurgie) (1).

Comme on l'a vu par la citation faite plus haut, j'avais également fait ressortir, il y a sept ans, le premier, je pense, le *rôle que peuvent jouer les sécrétions* normales ou altérées *dans la résistance du corps aux microbes*, mais cet ordre d'idées n'a pas été suffisamment suivi ni pris en considération, ce me semble.

Voici le traitement que j'oppose à la furonculose auriculaire qui apparaît aux époques menstruelles : Il va sans dire que les furoncles existant lors du premier examen des malades seront soignés d'après les principes exposés dans ce travail. Mais il faut pratiquer, en outre, des *instillations prophylactiques* d'alcool boriqué lors de l'approche des règles pour prévenir toute éclosion de furoncles.

Je procède d'une façon analogue chez les *personnes des deux sexes qui présentent habituellement des clous auriculaires au printemps ou à l'automne.* Les instillations sont alors pratiquées, dans un but de prophylaxie, à l'approche de ces saisons.

Là où les furoncles font leur apparition saisonnière dans d'autres régions, le lieu de l'application préventive de la solution varie naturellement avec la localisation du mal. S'agit-il, par exemple, de l'entrée des fosses nasales, je la fais badigeonner avec l'acide borique dissous dans l'alcool. Lorsque les clous affectionnent les paupières et forment l'orgelet, je prescris des lavages avec une solution aqueuse de cet acide, le contact de l'alcool avec la conjonctive étant très douloureux. Dans ce moment-ci, enfin, je fais pratiquer ce traitement simultanément aux trois endroits cités chez une dame chez laquelle les clous apparaissent tous les printemps aux oreilles, au nez ou aux paupières.

Dans bon nombre de cas de ce genre et de ce qu'on pourrait appeler la furonculose menstruelle, le succès a été complet et d'autant plus précieux que ces applications ne présentent aucun inconvénient. Il n'y a qu'une *précaution à prendre*, c'est lorsqu'on confie au public le soin d'instiller dans l'oreille les liquides, surtout la solution sursaturée, de faire faire de temps en temps des seringages auriculaires avec une solution tiède d'acide borique dans de l'eau. Ces lavages ont pour but de prévenir simplement l'obstruction du conduit auditif par la poudre de cet acide qui pourrait s'y accumuler et causer de la surdité.

(1) Procès-verbaux du premier Congrès français de chirurgie. Séance du 7 avril 1885. (*Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales.*)

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LES MICROBES DES FURONCLES DE L'OREILLE.

J'ai recherché les bactéries présentes dans un certain nombre de furoncles auriculaires *encore fermés*. Je procédais de la manière suivante : le conduit auditif était d'abord seringué, puis rempli, pendant dix minutes, d'une solution de sublimé à 1/2000. Les clous étaient ensuite ouverts avec un bistouri préalablement flambé. Une parcelle minime du pus était inoculée sur l'agar ou sur la gélatine peptonisée, et des cultures sur plaques en étaient faites.

Voici les *résultats de ces recherches :* Le micro-organisme le plus fréquemment présent était le *staphylococcus albus* qui n'a manqué que dans un seul cas. Puis se montraient également souvent les staphylococcus aureus et citreus. Dans un seul cas, enfin, tous les trois staphylococcus se sont montrés ensemble.

On voit que ces résultats diffèrent de ceux obtenus par le docteur Kirchner, de Wurzbourg (1), qui n'a jamais rencontré d'autres microbes dans les furoncles de l'oreille que le staphylococcus albus. Il sont également en contradiction, du moins quant au domaine de l'oreille, avec les assertions de quelques autres auteurs qui considèrent le staphylococcus aureus comme le microbe par excellence du furoncle en général (2).

(1) Kirchner : *Zur Ætiologie des Ohrfurunkels.* (*Monatschrift für Ohrenheilk.*, n° 1, 1888.)

(2) V. B. Lœwenberg : *De la nature du furoncle et de la manière de le traiter,* note présentée à l'Acad. de méd., 7 février, 1888.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.